DE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE N°. 9

AVEC IRIDOTOMIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 24 décembre 1885

PAR

H. EYGLINE

Ex-Interne des Hôpitaux d'Aix
Ex-Interne de l'Asile d'Aliénés d'Aix

Né à Aubagne (Bes-du-Rh.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE GROLLIER ET FILS, BOULEVARD DU PEYROU

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....} Assesseurs
LANNEGRACE.....}

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✻ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✻ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✻).
Physique médicale.	MOITESSIER (✻
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻). COURTY (✻). I. DUMAS (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants. MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN (✻), agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :		Messieurs
GARIMOND.	CARRIEU.	REGIMBEAU (✻).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✻).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. GRYNFELTT, *président;*
JAUMES, professeur;
JACQUEMET, agrégé;
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON EXCELLENT PÈRE

A MA SŒUR BIEN-AIMÉE

A mon beau-frère et ami M. CAMOIN, pharmacien

A tous mes Parents

H. EYGLINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

A M. le Docteur CHAVERNAC, d'Aix-en-Provence

A TOUS MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

H. EYGLINE

PRÉFACE

Durant notre séjour à Aix, il nous a été donné de fréquenter le dispensaire d'oculistique de M. le docteur Chavernac, et de l'assister quelquefois dans ses opérations. Que ce maître et ami reçoive, dès à présent, tous nos remerciements pour la sollicitude éclairée dont il n'a cessé de nous entourer. Le procédé qu'il met presque exclusivement en usage dans l'extraction de la cataracte et qui lui donne des résultats satisfaisants, est digne, croyons-nous, de fixer notre attention.

Ce procédé, qu'on pourrait appeler *extraction de la cataracte avec iridotomie*, a déjà fait l'objet d'un article paru dans les *Annales d'Oculistique*, en 1883. Et aujourd'hui, ayant à présenter notre thèse inaugurale, nous n'avons cru mieux trouver que d'offrir un travail sur ce sujet qui nous est plus familier. Rappeler ce procédé, en montrer les avantages, l'appuyer par de nouvelles observations, tel est le but que nous nous proposons. En présence de la multiplicité et de la diversité des méthodes et des procédés qui se disputent la prééminence

dans l'extraction de la cataracte, nous ne prétendons pas fixer définitivement le choix des oculistes ; loin de nous cette idée ambitieuse. Mais exposer clairement ce que nous avons vu se passer sous nos yeux, et en tirer des conséquences le plus justes possible, là se borne notre désir. C'est une tâche que nous trouvons déjà bien lourde. Aussi prierons-nous nos juges de ne pas se montrer bien sévères dans l'appréciation de ce modeste travail qui, s'il révèle encore toute l'inexpérience de l'auteur, témoigne aussi de tous ses efforts.

Nous commencerons par exposer le manuel opératoire d'une façon briève, nous tâcherons de faire ressortir les avantages des différents temps dont il se compose ; nous nous efforcerons de répondre aux objections dont il peut être passible; enfin, nous terminerons par quelques observations récemment recueillies.

DE

L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

AVEC IRIDOTOMIE

Cette méthode, comme on le verra, peut être considérée comme une sorte de moyen terme entre les deux méthodes qui ont chacune leurs partisans dévoués et leurs adversaires acharnés, la méthode française, celle de Daviel et la méthode allemande, celle de de Græfe ; elle rappelle celle de Daviel par le lambeau cornéen qui toutefois n'a pas l'étendue que lui donnait cet auteur, et elle tient de celle de de Græfe en intéressant l'iris, sans cependant lui faire subir la mutilation que l'auteur allemand considérait comme une heureuse innovation. C'est, si l'on veut, une méthode éclectique, car elle s'est emparée de ce qu'il y a de bon dans les diverses méthodes, ses devancières.

Nous reviendrons plus loin sur les modifications qu'elle a apportées à ces dernières.

Commençons par la décrire.

L'opération peut se diviser en cinq temps :

1° Ponction et contre-ponction et incision du lambeau ;

2° Kystitomie ;

3° Iridotomie ;

4° Sortie du cristallin et de ses débris, toilette du champ pupillaire ;

5° Réduction des bords de l'iris incisé.

Les paupières étant écartées à l'aide du blépharostat et l'œil fixé soit avec la pique de Pamard, soit avec la pince à griffes, à l'extrémité interne du diamètre horizontal de la cornée, le couteau, celui de de Græfe ou de Beer, le tranchant en bas, fait la ponction à un millimètre au dessous du diamètre horizontal de la cornée et à un demi-millimètre du bord sclérotical. Il pénètre ensuite dans la chambre antérieure parallèlement à l'iris, pour faire la contre-ponction dans un point opposé et symétrique de la cornée. Si l'on a eu soin de bien placer la pince exactement à l'extrémité interne du diamètre de la cornée, cette pince devient un bon point de repaire pour exécuter sans hésitation cette contre-ponction. La contre-ponction faite et la lame du couteau étant bien enfoncée, on taille un lambeau inférieur en retirant l'instrument et en se tenant toujours à un demi-millimètre de la sclérotique. Avec un peu d'habitude on peut facilement arriver à tailler ce lambeau d'un seul coup pendant qu'on retire l'instrument, de facon à éviter les mouvements de scie, qui sont, croyons-nous, d'une mauvaise pratique ; c'est beaucoup plus simple, plus rapide, plus chirurgical, si l'on veut, et l'incision y gagne en netteté.

La discision de la cristalloïde est faite crucialement avec le kystitome en prenant toutes les précautions pour ne pas léser l'iris ni la face postérieure de la cornée. Dans ce but, on se servira avec avantage d'un kystitome à dard caché de Warlo-

mont ou du kystitome à griffes de M. Perrin. Le blépharostat est enlevé ainsi que la pique ou la pince. — Repos.

Pendant qu'un aide abaisse la paupière inférieure, le chirurgien exerce des pressions modérées et graduées sur la paupière supérieure avec l'index et le médius. Sous l'influence de ces pressions, le cristallin bascule, est amené à la plaie, où il ne tarde pas à apparaître en entraînant le plus souvent au-devant de lui le segment inférieur de l'iris, dont il est pour ainsi dire coiffé, et qui constitue le seul obstacle à sa sortie. Quand le rebord pupillaire fait une saillie suffisante au-dehors, c'est alors qu'on le débride dans une étendue d'un à deux millimètres dans le sens veritical avec de petits ciseaux dont une pointe est engagée doucement sous le rebord pupillaire, tandis que l'autre passe par-dessus.

Nous ferons remarquer qu'il arrive quelquefois que le cristallin sort sans entraîner l'iris et, par conséquent, sans nécessiter l'iridotomie, soit que l'iris ait été fortement dilaté par l'atropine instillée préalablement, soit grâce aux petites dimensions de la lentille.

Après l'iridotomie, le cristallin sort lentement et progressivement, et avec lui les couches corticales sous l'influence des frictions pratiquées avec la paupière supérieure. On laisse reposer un instant le patient.

Puis, le champ pupillaire est nettoyé avec soin, il est débarrassé de tous débris par des frictions ou, si besoin est, avec la curette. Et enfin, les bords de l'iris incisé sont soigneusement réduits et remis en place.

Exacte coaptation des lèvres de plaie, détergées de tout ce qui pouvait les souiller. Instillation d'atropine. Bandage légèrement compressif.

A propos de la ponction de la cornée, qu'il nous soit permis d'appeler l'attention des débutants sur un point sur lequel on n'insiste pas assez, suivant nous, dans les traités didactiques. Pour faire cette ponction, planter le couteau perpendiculairement à la surface cornéenne, de façon à traverser l'épaisseur de la cornée suivant la direction d'un rayon de la sphère à laquelle appartient la cornée, qui peut être considérée, on le sait, comme un segment de sphère.

Puis, quand la pointe de l'instrument a franchi toute cette épaisseur, au moment où elle pénètre dans la chambre antérieure, alors, mais alors seulement, redresser le couteau et l'amener dans une direction parallèle, autant que faire se peut, au plan de l'iris, pour effectuer la contre-ponction dans un point symétrique et opposé de la cornée.

Si on oublie ce précepte, et que d'emblée on tienne la lame du couteau parrallèlement au plan de l'iris, l'épaisseur de la cornée sera parcourue par le couteau très-obliquement, et l'ouverture de la cornée sera ou insuffisante ou nulle, suivant le plus ou moins d'obliquité donnée au couteau par rapport à la surface de la cornée. Nous croyons devoir insister sur ce point, parce qu'il est essentiel ; c'est le premier temps de l'opération ; il importe d'ouvrir d'abord une issue convenable au cristallin ; si ce premier temps est manqué, se trouve compromis le succès d'une opération qui pour le reste eût pu être amenée à bonne fin. Ce qui nous fait nous appesantir sur ce point, c'est la conviction qu'il a une réelle importance ; l'incision franche et bien faite de la cornée, outre qu'elle donnera de l'assurance au chirurgien pour achever l'opération, rendra la sortie du cristallin moins laborieuse et rendra aussi plus facile et moins long le travail de cicatrisation. On connaît les inconvénients des plaies déchiquetées et irrégulières.

L'incision est pratiquée dans la cornée seule ; si elle comprenait à la fois la cornée et la sclérotique, elle exposerait à une hémorrhagie par l'ouverture du canal de Fontana. Du reste, on sait avec quelle rapidité guérissent les plaies cornéennes ; il n'en est pas de même de celles de la sclérotique.

Dans certains cas, quand le malade est indocile, par exemple, il est bon de faire un lambeau kérato-conjonctival. Pour cela, au moment d'achever la section de la cornée, on incline la lame du couteau vers la sclérotique, et l'on détache une portion de la conjonctive.

L'hémorrhagie qui s'en suit est insignifiante ; ce pont conjonctival met davantage les lèvres de la plaie à l'abri de l'air, et en favorisant la coaptation, prévient la hernie tardive de l'iris.

Le lambeau est assez étendu, il ne représente pas tout à fait la moitié inférieure de la cornée ; en haut, il est distant d'un millimètre du diamètre horizontal de la cornée, en bas d'un demi-millième de la sclérotique ; il a donc pour hauteur la hauteur de la moitié de la cornée moins 1 millimètre 1/2. Celui de Daviel mesurait les deux tiers de la cornée.

On revient, comme on sait, au grand lambeau, et l'on a raison. Evidemment, une incision plus ou moins linéaire avec un petit lambeau détériore moins la cornée, et, grâce à elle, on n'a pas à craindre le chevauchement des lèvres de la plaie. Mais ce qu'il faut assurer avant tout, et ce qu'avait si bien compris Daviel, c'est la sortie du cristallin aussi complète et aussi inoffensive que possible, en ménageant l'iris qui est si sensible et qui est si prompt à se révolter.

Qu'importe que la plaie cornéenne se cicatrise rapidement, si c'est au prix des délabrements de l'iris et d'un déblayement insuffisant du champ pupillaire. Eh bien ! un grand lambeau permet d'épargner l'iris ; il favorise le nettoiement complet du champ pupillaire ; par l'expulsion des derniers débris de

la lentille, il assure mieux contre la récidive. Et la cicatrisation ne se fait guère plus longtemps attendre que celle d'un court lambeau ; aujourd'hui surtout que l'on dispose de moyens anti-septiques puissants, on n'a pas à redouter la mortification du lambeau, le grand reproche qu'on a dressé contre la méthode de Daviel et qu'on a exagéré. Cette terrible complication, nous ne l'avons jamais observée.

La kératotomie est faite en haut par les uns, en bas par les autres. Les partisans de la kératotomie supérieure se fondent sur ce que la déformation de l'iris dans sa portion supérieure, produite par l'iridectomie, sera cachée par la paupière supérieure. D'abord, nous dirons que, grâce à l'iridotomie, la déformation de l'iris se réduisant à une simple fente qui n'a rien de disgracieux ni de gênant pour le malade, on est dispensé du soin de la dissimuler. Mais des motifs plus sérieux nous engagent à préférer la kératotomie inférieure.

C'est d'abord la convulsion en haut du globe oculaire après le traumatisme de la cornée. En effet, chez la plupart des sujets, après l'incision de la cornée, on observe une contraction presque irrésistible du muscle droit supérieur qui attire le globe oculaire en haut. Et si la kératotomie a été pratiquée en haut, l'ouverture que doit franchir le cristallin se dérobe à l'œil du chirurgien. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on peut obtenir, de la part du malade, qu'il regarde en bas, et qu'il donne à son œil une position convenable. Dans la kératotomie inférieure, cette difficulté n'existe pas ; grâce à cette convulsion en haut, la plaie vient se placer d'elle-même, sans effort du sujet, favorablement pour les manœuvres ultérieures.

Cette convulsion, pour ainsi dire fatale, se conçoit et s'explique par une sorte de solidarité des muscles droit supérieur

et releveur de la paupière supérieure; dans l'effort que fait le malade pour tenir ouvertes ses paupières, il contracte malgré lui le droit supérieur. Eh bien ! ce phénomène physiologique qui constitue une difficulté avec la kératotomie supérieure, on le met à profit dans la kératotomie inférieure.

Autre raison en faveur de cette dernière : l'interposition de la paupière inférieure entre les lèvres de la plaie est moins probable. Cet accident arrive moins souvent qu'on ne croit; nous n'avons jamais eu à le déplorer. Du reste, le malade condamnera plus facilement au repos la paupière inférieure, moins mobile que la supérieure. Et c'est en raison de son peu de mobilité qu'en cas d'indocilité, on aura moins à redouter les dégâts produits par la paupière inférieure avec la kératotomie inférieure, que ceux de la paupière supérieure avec la kératotomie supérieure. De sorte que nous pouvons conclure : la kératotomie inférieure, rendant plus aisées les manœuvres pour la sortie du cristallin, facilite l'opération ; mettant davantage à l'abri des méfaits des paupières, elle assure mieux la cicatrisation de la plaie. Ces avantages sont bien supérieurs à l'avantage unique, et peut-être illusoire, de la kératotomie supérieure, qui n'envisage qu'un point de vue cosmétique, et par conséquent secondaire.

Nous pourrions ajouter que si dans la kératotomie supérieure la plaie est mieux à l'abri de l'air, dans la kératotomie inférieure, elle se trouve mieux disposée pour la facilité des soins et de la surveillance. D'ailleurs les faits sont bien plus éloquents et plus convaincants que tous les raisonnements et toutes les vues théoriques. La kératotomie inférieure a été pratiquée dans toutes les observations du premier travail publié sur ce sujet, et dans celles que nous rapportons; et toujours elle a été couronnée de succès. A ceux qui préfèreraient la kératotomie supérieure, on pourrait leur rappeler l'histoire de ce général opéré des deux yeux par Fréderic Jæger, le promo-

teur de l'incision supérieure ; ce général, voulant la nuit s'assurer de l'état de sa vision, souleva tellement ses paupières, que les plaies cornéennes se recouvrirent et les paupières supérieures s'insinuèrent dedans : ce qui entraîna la perte des deux yeux.

IRIDOTOMIE

Entre l'iridectomie qui mutile et le respect absolu de l'iris, qui n'est pas toujours possible, il y avait place pour l'iridotomie.

Lorsque l'iris est intact, qu'il n'est le siége d'aucune adhérence et qu'il n'est pas fortement contracté, le simple débridement du cercle pupillaire, grâce à la large incision cornénne, suffit amplement à la sortie du cristallin. A cette facilité de dégager la lentille se joint celle d'explorer et d'approprier le champ pupillaire.

Cette iridotomie est bien préférable à l'iridectomie. L'iris est une membrane sensible qu'il faut respecter ; et, sauf les cas où l'indication de décongestionner l'œil est formelle, il faut le ménager le plus possible ; si une incision suffit, gardons-nous de l'exciser. Puisqu'il constitue une porte dont le cristallin exige souvent l'ouverture, frayons-lui un passage, mais réduisons le traumatisme au minimum. Étrange contradiction que celle de ceux qui croient obvier aux désordres qu'entraînent les atteintes portées à cette membrane d'une sensibilité extrême, en supprimant une partie de l'organe, comme si le traumatisme qui résulte d'une excision n'était pas plus fâcheux que celui que détermine une simple petite incision !

L'iridotomie, en laissant subsister l'organe, conserve aussi ses fonctions ; car la fente irienne qu'elle détermine se cica-

trise en partie, et l'iris recouvre la faculté de se mouvoir dans une certaine limite.

Cette fente irienne, si elle n'empêche pas le prolapsus du vitræum, ne le favorise pas comme l'iridectomie. Elle est d'une exécution plus facile et plus rapide que cette dernière, et prémunit mieux contre l'hémorrhagie. Dans l'incision de l'iris on peut toujours respecter le grand cercle vasculaire irien, celui justement qui, ouvert, donnerait lieu à une hémorrhagie plus ou moins désastreuse ; on n'intéresse que des vaisseaux de trop petit calibre pour craindre une hémorrhagie inquiétante.

Les tractions nécessaires dans l'iridectomie exposent beaucoup plus à ce danger, elles sont difficiles à bien mesurer, on ne peut pas pincer exactement tel ou tel point de l'iris que l'on voudrait ; on n'est jamais sûr d'éviter certains désordres, déchirures, décollement, pouvant amener immédiatement une hémorrhagie compromettante, et ultérieurement des inflammations et des complications qui retarderont la guérison ou qui même auront des suites plus déplorables.

Au point de vue du résultat final, quelle différence entre l'iris incisé et l'iris excisé ! D'une part, une fente filiforme, quelquefois à peine visible, une pupille toujours régulière ; de l'autre, au contraire, une ouverture large, irrégulière, qui dégrade la physionomie.

Nous préférons donc l'iridotomie à l'iridectomie :

Parce qu'elle est plus facile et plus simple ;

Parce que des deux traumatismes c'est le moindre et par conséquent le mieux toléré ;

Parce qu'elle a les mêmes avantages que l'iridectomie au point de vue de la sortie du cristallin, et que les inconvénients en sont moindres, au point de vue de la déformation de l'iris, de l'issue du vitræum, des inflammations et autres accidents consécutifs.

Mais nous ne proscrivons pas l'iridectomie d'une façon absolue. Il est des cas où elle rend de réels services, et où l'on doit y recourir.

C'est d'abord quand l'iridotomie, plus bénigne, est impraticable, soit par suite d'une contraction violente de l'iris, soit pas suite des adhérences de cette membrane.

L'iridectomie est aussi indiquée quand le malade a été affecté de nombreuses ophthalmies et qu'il reste sous l'imminence du même danger, quand il a les caractères d'un tempérament sanguin bien accentué, quand, en un mot, s'impose la nécessité de diminuer la pression intra-oculaire.

UN MOT D'HISTORIQUE

L'iridotomie appliquée à l'extraction de la cataracte avait été pratiquée par Moura-Brazil. Cet auteur, une incision sclérotico-cornéenne faite, saisissait l'iris avec une pince et l'incisait du rebord pupillaire jusqu'à sa périphérie.

Gailliet avait incisé aussi l'iris de la manière suivante : Après la ponction qu'il effectuait dans la sclérotique, il allait déchirer la cristalloïde, et, la pointe du couteau arrivée jusqu'à la périphérie de l'iris du côté opposé, il coupait l'iris en effectuant la contre-ponction, de sorte qu'il réunissait dans le même temps de l'opération la section du lambeau, celle de la cristalloïde et celle de l'iris ; mais il ne faisait pas de l'iridotomie un temps séparé. Du reste, la cristalloïde ne devait pas être suffisamment débridée. Et puis, Gailliet, comme Moura-Brazil, coupait l'iris dans toute l'étendue de son rayon, ce qui exposait davantage aux hémorrhagies ; ils ne faisaient pas un simple débridement de 1 à 2 millimètres.

Charles Bell Taylor aurait entrevu les avantages de la simple incision de l'iris. Il dit en effet, qu'on pourrait, dans certains cas, se contenter de l'incision de l'iris, lorsqu'il n'y a pas lieu de rechercher la diminution de la pression intra-oculaire. Mais il ne paraît pas l'avoir pratiquée lui-même. Du reste, peu de temps après, il préconisait l'iridectomie.

Quoi qu'il en soit, cette simple incision de la membrane irienne n'avait jamais fixé sérieusement l'attention des oculistes, et, loin d'avoir été érigée en système, n'avait jamais été pratiquée d'une manière suivie.

Et l'idée, ainsi que le mérite, d'avoir combiné cette iridotomie avec un grand lambeau qui permît un débridement de l'iris aussi minime que possible en revient bien, croyons-nous, à l'oculiste d'Aix.

Nous ne saurions mieux terminer ce qui a trait à l'iridotomie qu'en citant les paroles autorisées d'un maître éminent de cette École, touchant cette opération, à laquelle il se rallie dans certains cas du moins, M. le professeur Dubrueil.

« J'ai eu recours quelquefois en pareilles circonstances (pupille insuffisamment dilatée) à l'iritomie, préconisée par le Dr Chavernac, d'Aix-en-Provence, iritomie qui peut, en certaines occasions, dispenser de l'iridectomie. Lorsque le cercle pupillaire n'est pas suffisamment dilaté pour livrer largement passage au cristallin, on voit assez souvent ce dernier se présenter entre les deux lèvres de la plaie cornéale entrebâillée, en repoussant l'iris dont l'orifice refuse de le laisser passer. En ce cas il suffit de donner sur l'iris, ainsi repoussé, un coup de ciseaux, en introduisant au niveau de l'orifice pupillaire une branche de l'instrument au-dessous et l'autre au-dessus de la membrane. On obtient ainsi une fente qui facilite l'issue du cristallin. C'est à ces seuls cas que l'iritomie me paraît applicable (1). »

(1) *Gazette médicale de Paris*, Juin 1884. — *De l'opération de la cataractère.*

L'auteur termine l'article d'une façon trop modeste peut-être, en attribuant uniquement ses succès à l'emploi rigoureux des moyens antiseptiques.

Sans doute, l'influence des agents microbicides est puissante et bienfaisante ; mais une part de ces succès ne revient-elle pas à l'habileté bien connue de ce chirurgien émérite?

OBSERVATION I

Jean-Baptiste Bossy, 58 ans, cultivateur à Ginasservis (Var).

Cataracte double, dure du côté gauche, demi-molle du côté droit. Pas d'hérédité.

Le sujet a toujours eu bonne vue.

Tempérament lymphatique.

Kératotomie inférieure de l'œil gauche avec iridotomie pratiquée le 12 septembre 1885, dans le dispensaire du docteur Chavernac.

Malade couché. Monocle à l'œil droit.

Blépharostat. — Fixation de l'œil avec une pince à griffes. — Taille du lambeau avec le couteau triangulaire de Beer.

Ponction et contre-ponction régulières.

Discission de la cristalloïde. — Le blipharostat est enlevé. — Repos. — Application d'une éponge froide sur l'œil.

Nous abaissons la paupière inférieure, pendant que le chirurgien presse sur la supérieure. Le cristallin s'avance coiffé de l'iris. — Coup de ciseau à son sphincter ; la cataracte sort entière et très-aisément. — Repos.

Réduction de l'iris. Le malade compte et distingue les doigts. — Atropine. Pansement, binocle, tilleuil morphiné, bouillon, eau vineuse.

Les suites ont été des plus heureuses.

Coaptation parfaite du lambeau. Pas d'inflammation ni douleurs trifaciales, ni photophobie.

L'état général se maintient bon, à tel point que l'opéré peut retourner chez lui le 27 septembre, avec une pupille exactement ronde, avec une petite encoche en bas et les verres convexes N° 6, à l'aide desquels il distingue tous les objets placés à une assez grande distance.

OBSERVATION II

Mme X., à Aix, 70 ans. — A eu une légère attaque qui avait dévié la bouche 3 ou 4 ans auparavant. — Sujette à la diarrhée. — Sa mère est morte aveugle à l'âge de 89 ans.

Cataractes dures des deux yeux.

Kératotomie inférieure avec iridotomie de l'œil droit pratiquée le 25 septembre 1885.

La malade est couchée sur un canapé.

Monocle à l'œil gauche. Blépharostat.

Fixation de l'œil avec la pince à griffes.

Taille du lambeau inférieur avec le couteau triangulaire. Ponction et contre-ponction normales. Discission cruciale de la cristalloïde. Retrait du blépharostat. La paupière inférieure est maintenue, pression sur la supérieure, et la cataracte se présente à la plaie enveloppée de l'iris.

Dès que le bord pupillaire arrive au dehors, le chirurgien l'incise avec les ciseaux, et le cristallin sort avec la plus grande facilité. — Repos.

Pupille ronde, noire et nette. L'éclairage oblique ne montre aucun débris cristallinien. La malade compte les doigts sans hésitation.

Pansement, binocle. — Tilleul, opium. — Suites excellentes. 15 jours après, la malade, avec des verres convexes N° 5 1/2, distinguait les objets de sa chambre.

OBSERVATION III

Gorde Victor, 80 ans, de Malijai (Basses-Alpes), entre au dispensaire le 4 octobre 1885.

Cataracte double, dure et complète, d'un brun très foncé à l'œil droit, plus claire et demi-molle à l'œil gauche. Pas d'hérédité, malade très-débilité.

Kératotomie inférieure de l'œil gauche avec iridotomie pratiquée le 7 octobre 1885.

Monocle à l'œil droit. Le malade est couché.

Blépharostat. Fixation de l'œil gauche avec la pince à griffes qui détermine une ecchymose sous-conjonctivale (accident assez fréquent, mais nullement sérieux).

Taille du lambeau avec le couteau triangulaire régulière.

La section achevée, il se produit une contraction tellement forte des muscles droits que l'œil menace de se vider. Le blépharostat est rapidement enlevé, et une éponge imbibée d'eau froide est appliquée sur l'œil. — Repos.

La discission cruciale est faite; les couches corticales qui sont presque liquides s'écoulent au dehors à mesure que le kystitome est retiré. — Repos.

En pressant sur la paupière supérieure, le noyau du cristallin, qui est encore assez volumineux, arrive à la plaie recouvert de l'iris. Un coup de ciseau au sphincter laisse passer la cataracte. — Repos.

Le chirurgien réduit l'iris pincé dans la plaie. Le malade y voit très-bien. On procède au pansement. — Bouillon. Tilleul. 0,05 extrait thébaïque.

Le malade demande si on lui a opéré dans les deux yeux : preuve qu'il n'a presque rien senti.

Aucune inflammation ne s'en est suivie. L'iris est seulement venu s'enclaver dans un angle de la plaie, 48 heures après l'opération, à la suite d'un mouvement violent que le malade a fait pour se baisser et ramasser un objet près de son lit. Malgré cette imprudence, qui n'a eu d'autre résultat que de rendre la pupille moins régulière, il y voit bien et sort du dispensaire 9 jours après l'opération. Il emporte des verres convexes N° 6.

OBSERVATION IV

Michel Frédéric, cultivateur à Caseneuve, près d'Apt (Vaucluse), 80 ans, a toujours eu bonne vue. — Il raconte que, parmi ses aïeux, il y a eu des aveugles. — Entre au dispensaire d'Aix le 11 octobre 1885.

Cataracte bilatérale dure et complète. Kératotomie inférieure avec iridotomie à l'œil droit, pratiquée le 13 octobre 1885.

Sous l'influence de l'atropine, les pupilles ne se dilatent presque pas. Aussi le chirurgien se propose d'avoir recours à l'iridectomie. Le malade est couché, un monocle à l'œil gauche.

Blépharostat. — L'œil est fixé avec la pince à griffes. — Taille du lambeau parfaitement exécutée. — Discission cruciale de la cristalloïde. — Le blépharostat est enlevé. — Repos.

Pressions sur la paupière supérieure, pendant que l'aide abaisse l'inférieure. Le cristallin bascule et chemine vers la plaie, où il arrive en poussant l'iris au-devant de lui. D'un petit coup de ciseaux le chirurgien débride le bord pupillaire, et le cristallin sort en entier.

Si l'iris avait opposé une plus grande résistance, on aurait procédé à l'iridectomie. — Repos.

Pupille noire et oblongue. — L'iris est rentré tout seul à sa place. — Le malade reconnaît sa sœur.

Pansement. — Tilleul morphiné, bouillon.

En 6 jours tout fut terminé; les suites en ont été excellentes, et le 21 octobre 1885, le malade peut regagner son pays en emportant le N° 6 convexe.

CONCLUSION

Nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes :

L'incision portera exclusivement sur la cornée sans empiéter sur la sclérotique.

La kératotomie inférieure sera préférée à la supérieure, et le lambeau sera large.

L'iridotomie sera faite quand le cristallin se présente recouvert de l'iris.

L'iridectomie sera réservée à certains cas particuliers.

L'iridotomie sera la règle ; l'iridectomie, l'exception.

Permis d'imprimer :
Pour le Recteur,
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Le Doyen,
A. CASTAN.

Vu :
Le Président-Censeur,
GRYNFELTT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !